

Alla Sede INAIL di _____
PEC _____

Il sottoscritto

Cognome e nome

--

Nato a

Comune di nascita

data di nascita

--	--

Residente a

Comune di residenza

sigla provincia

--	--

CAP

indirizzo (via, piazza, ecc.)

numero civico

--	--	--

Numero telefono

numero FAX

indirizzo e-mail/PEC

--	--	--

In qualità di titolare/legale rappresentante

Ditta

Denominazione/ragione sociale

--

Codice ditta

codice fiscale

--	--

Propone istanza di

	Rettifica inquadramento gestione tariffaria (art.15 mat)
--	--

	Rettifica classificazione delle lavorazioni (art.17 mat)
--	--

Pat	classificazione	decorrenza	inquadramento

Motivazione

--

Descrizione attività (lavorazione, prodotti o servizi, impianti e attrezzature utilizzate, ciclo lavorativo etc)

--

Chiede (inquadramento, voce, decorrenza)

--

Data

Firma

--	--